

Saúde da mulher e redemocratização: ideias e atores políticos na história do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

CECÍLIA CHAGAS DE MESQUITA*

Este trabalho é fruto de dissertação de mestrado¹ que analisou a articulação entre diferentes atores vinculados ao movimento sanitário, ao movimento feminista e ao Estado na elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado em outubro de 1983, pelo Ministério da Saúde. Procuramos mostrar como as ideias e as experiências desses atores políticos desempenharam papel relevante no desenho de uma política pública de saúde da mulher.

A periodização da pesquisa refere-se aos anos de redemocratização do Brasil, entre fins da década de 1970 e 1980, durante a ditadura militar, momento em que as lutas em prol dos direitos políticos, civis e sociais ganharam força e se materializaram na ampliação do debate político e na multiplicação e fortalecimento dos movimentos sociais, em especial os de oposição ao regime. Contexto que tornou possível a abertura de espaços institucionais para essas reivindicações, principalmente após as vitórias eleitorais dos partidos de oposição.

Após anos de polêmicos debates sobre o controle da natalidade no Brasil, e de tentativas fracassadas do governo federal de implantar programas de planejamento familiar, o Ministério da Saúde lançou o PAISM, como resposta à Comissão Parlamentar de Inquérito sobre problemas populacionais, instalada em 1983, a pedido do Presidente João Baptista Figueiredo. O Programa de Assistência Integral à Saúde da

* Professora da rede municipal de ensino de Cabo Frio (RJ) e da rede estadual de ensino do Rio de Janeiro, mestre em história das ciências e da saúde pela Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ.

¹ Dissertação motivada por experiências de pesquisa sobre a história das relações de gênero e do movimento feminista carioca, orientadas pela professora Rachel Soihet, durante a graduação e a pós-graduação *lato-sensu* na Universidade Federal Fluminense, em Niterói. Considerando essa experiência prévia e o tempo limitado de preparação de uma dissertação de mestrado, privilegiamos a investigação das fontes localizadas na cidade do Rio de Janeiro. As fontes de membros do movimento feminista carioca são muito ricas e ainda pouco exploradas. Destacamos os arquivos pessoais sob a guarda do Arquivo Nacional, fontes só recentemente organizadas e disponibilizadas para consulta: fundo Comba Marques Porto, fundo Leonor Nunes Paiva e fundo Hildete Pereira de Melo. Embora não sejam profissionais da área da saúde, essas mulheres tiveram uma longa e importante atuação no movimento feminista brasileiro, participando dos debates sobre diversos temas relacionados aos problemas femininos e acumulando acervo riquíssimo sobre esses temas, dentre eles o planejamento familiar e o PAISM.

Mulher destacou-se na época por ter sido o primeiro programa estatal posto em prática que se propunha a implantar a nível nacional o planejamento familiar no Brasil. Ao mesmo tempo, tornou-se referência para a área da saúde pública e os feminismos no Brasil incorporarem princípios defendidos pelo movimento da reforma sanitária e novas concepções sobre a saúde da mulher, apregoados pelo movimento feminista.

O PAISM foi um dos desdobramentos de uma política pública que tinha entre seus objetivos, a expansão dos serviços básicos de saúde através de ações integradas e da oferta de atenção primária, simplificada e horizontal². Tinha também como segundo objetivo responder à demanda pela atenção à saúde do grupo materno-infantil e pela oferta de serviços de planejamento familiar, exigência de acordos e tratados internacionais assinados pelo governo brasileiro e reivindicação de diferentes setores da sociedade, como os grupos controlistas³, os médicos e os movimentos de mulheres. Além disso, o governo tentava com essa política neutralizar as tensões envolvidas na polêmica sobre controle da natalidade em momento delicado da vida econômica e política do país na primeira metade da década de 1980 (OSIS, 1994).

Entre as décadas de 1970 e 1980 formou-se um debate entre grupos heterogêneos – feministas, sanitaristas, clero católico, economistas, demógrafos, políticos, entidades privadas, agências internacionais, ginecologistas - em torno de um projeto de saúde da mulher que contemplasse o planejamento familiar como um direito de cidadania, em contraposição ao controle de natalidade praticado no Brasil desde meados dos anos de 1960 por entidades privadas de planejamento familiar, financiadas por organismos estrangeiros sob perspectiva neomalthusiana⁴. Tal projeto, encampado, sobretudo, pelo movimento feminista e pelo movimento da reforma sanitária, teria

² Assistência integrada se refere à oferta de serviços realizados a partir da integração das esferas federal, estadual e municipal do poder público através de convênios entre Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Saúde e secretarias estaduais e municipais de saúde. O conceito de atenção primária e simplificada privilegia as triagens em postos de saúde comunitários antes do atendimento em centros de saúde e hospitais especializados. Por atenção horizontal entende-se a visão global e integrada dos problemas de saúde do indivíduo, ao contrário da atenção vertical, centrada numa parte do corpo do paciente (OSIS, 1994).

³ Termo que usaremos neste trabalho para nos reportarmos aos setores da sociedade favoráveis ao controle da natalidade como chave para o desenvolvimento sócio-econômico.

⁴ O neomalthusianismo foi um movimento ideológico surgido na Europa no século XIX, que defendia a limitação do tamanho das famílias como forma de combater a pobreza e a promiscuidade. Os neomalthusianos retomaram algumas das ideias de Thomas Malthus a respeito do ônus social gerado pela superpopulação e se engajaram na defesa do controle de natalidade através da contracepção (ROHDEN, 2003).

influenciado a elaboração do (PAISM), como procuraremos demonstrar ao longo do trabalho.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e o planejamento familiar no Brasil são tema de uma vasta literatura, que vai de artigos jornalísticos e científicos a dissertações e teses. Alguns autores fazem recortes específicos, enfocando um dos atores envolvidos nos debates sobre esses temas, como é o caso dos trabalhos de Maria Isabel Baltar da Rocha (1993), referente às discussões sobre planejamento familiar e aborto no Parlamento e a dissertação de Maria José Duarte Osis (1994), sobre a origem do conceito de atenção integral à saúde da mulher (AISM) a partir das ideias e experiências de ginecologistas da Universidade de Campinas.

Destaca-se ainda a tese do demógrafo Délcio da Fonseca Sobrinho (1993), que escreveu uma história do planejamento familiar no Brasil, analisando a origem da polarização ideológica entre controlistas e natalistas, cujo impasse teria se resolvido com a entrada das feministas no cenário político e com a criação do PAISM.

Inúmeros artigos fazem balanços sobre o PAISM, seus fatores positivos ou as causas de seus fracassos nos anos que se seguiram a sua implantação no sistema de saúde. Alguns deles, escritos por agentes, protagonistas ou coadjuvantes, do processo de construção do programa, como exemplo, os artigos da demógrafa Elza Berquó (1987), da socióloga Sonia Correa (1993) (2003), das feministas Leila Linhares Barsted (1994) e Jaqueline Pitanguy (1999) e os trabalhos da primeira coordenadora do PAISM, a sanitarista Ana Maria Costa (2009), incluindo sua tese de doutorado (2004).

Esses trabalhos chamam atenção, entre outras coisas, para o fato de que apesar dos avanços nas políticas de saúde pública no Brasil nos anos de 1980, o consenso da época em torno do princípio da *integralidade*⁵, afinado com o ideal de Estado de Bem-Estar Social deu lugar à concepção de *saúde reprodutiva*⁶ e para as *ações focalizadas*⁷,

⁵ Princípio que visa assegurar aos indivíduos o direito à atenção à saúde, dos níveis mais simples aos mais complexos, da atenção curativa à preventiva, e a compreensão do indivíduo em sua totalidade e dos indivíduos e coletivos em suas singularidade (CAPONI, 2006).

⁶ Conceito adotado pela Organização Mundial de Saúde em 1988, que inclui os homens na dimensão reprodutiva e inaugura a noção de saúde sexual (CORREA, JANUZZI, ALVES, setembro de 2003). A ideia de saúde reprodutiva assinala, no espaço das práticas de saúde, a idéia da reprodução como direito e não como dever. Aponta para o conjunto mínimo de condições que garantam à mulher que o ato de reproduzir, ou a escolha por não reproduzir, não se constituam em risco de vida ou em dano à sua saúde. (VILLELA, 2000)

⁷ Programas, acompanhamentos e avaliações estratégicos de impacto limitado sobre o conjunto da população (IVO, 2004).

refletindo o contexto neoliberal das duas últimas décadas. O modelo biológico tornara-se hegemônico e fragmentara o cuidado à saúde, o que se refletiu nos programas do Ministério da Saúde para assistência às mulheres, que até 2004 concentravam-se nos cuidados a determinadas partes do corpo, agravo ou função, em contradição com o modelo de atenção do SUS (COSTA, SILVESTRE, 2004).

Apesar das tentativas de esvaziamento da integralidade como eixo de políticas públicas de saúde da mulher, a partir dos anos de 1990, esse princípio ainda é forte no ideário dos atores da saúde. Tanto que em 2004, vinte anos depois da criação do PAISM, o Ministério da Saúde lançou a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, retomando o conceito de integralidade e buscando ampliar o acesso ao planejamento familiar no Brasil (COSTA, SILVESTRE, 2004).

Considerando que o PAISM envolve questões ainda em debate e de grande interesse na área da saúde e na sociedade em geral, buscamos colaborar na compreensão do tema a partir de uma abordagem histórica preocupada em articular os atores envolvidos nessa história, seus debates, convergências e divergências. Esperamos assim contribuir para entender o papel desses atores na elaboração e na configuração do PAISM em meio ao contexto de redemocratização entre fins da década de 1970 e 1980.

O período em questão foi marcado por importantes transformações nas relações entre Estado e sociedade no Brasil e nas políticas públicas. Sob impacto da democratização e de uma crise econômica, o país viveu mudanças nas políticas públicas com base numa agenda de reformas construída democraticamente com participação de diversos atores e inclusão de novos segmentos sociais como beneficiários. As prioridades eram a descentralização e a participação da sociedade civil na implementação das políticas públicas (FARAH, jan-abril, 2004), princípios presentes na formulação do Sistema Único de Saúde, proposto pelo movimento da reforma sanitária e realizado no âmbito da nova Constituição, em 1988.

Os movimentos sociais urbanos foram os principais agentes desse processo de transformações, lutando pela redemocratização do regime e por melhoria nas condições de vida e no acesso aos serviços públicos. Os movimentos de mulheres se destacaram nesse cenário, revelando as mulheres como sujeito coletivo e tornando públicos temas da esfera privada. Ao mesmo tempo em que elas denunciavam as desigualdades de classe passaram a reivindicar direitos relacionados a temas ditos femininos como

creche, saúde da mulher, sexualidade, contracepção e violência contra a mulher (FARAH, jan-abril 2004). A mobilização das mulheres - sobretudo das feministas⁸ - contribuiu para a inclusão da questão de gênero⁹ na agenda pública, como uma das desigualdades a serem superadas no novo regime democrático.

Exemplo desse novo quadro do país foi a criação das primeiras políticas públicas voltadas para a promoção da igualdade entre os sexos na década de 1980, sob influência dos novos papéis sociais desempenhados pelas mulheres e da organização de grupos feministas brasileiros. Dentre essas políticas destacaram-se: o Conselho Estadual da Condição Feminina, 1983 (São Paulo); a Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher, 1985 (São Paulo); o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, 1985 (Ministério da Justiça) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), 1983 (Ministério da Saúde) (FARAH, jan-abril 2004). Esta última, objeto de nosso trabalho e reflexo da amplitude das demandas na área da saúde e da participação destacada das feministas nessa área.

Entre as estratégias de intervenção das organizações feministas na área da saúde estavam: o questionamento da autonomia das mulheres em relação aos profissionais de saúde expresso na meta de democratização das informações sobre corpo, sexualidade e saúde; a proposta de mais alternativas assistenciais; a denúncia da gravidade das questões da esfera reprodutiva, incluindo o controle da natalidade imposto às mulheres dos países pobres (COSTA, BAHIA, CONTE, jan-dez 2007).

Ao longo da década de 1980, os grupos feministas se multiplicaram e ampliaram o debate sobre sexualidade, reprodução, aborto, contracepção, sempre sob o viés da autonomia das mulheres em relação ao seu próprio corpo, à vivência plena de sua sexualidade, à livre opção pela maternidade. Bradando o lema “Nosso corpo nos

⁸ A distinção entre movimento de mulheres e movimento feminista será melhor explicada ao longo deste trabalho. Em suma, o movimento feminista se difere dos demais movimentos de mulheres deste período por construir suas reivindicações com base no reconhecimento das relações de desigualdade e opressão entre os sexos. Cabe lembrar que embora tivessem pontos em comum, as feministas não eram um grupo homogêneo, apresentando diferentes visões sobre o feminismo e diferentes reivindicações.

⁹ O conceito de gênero, de um modo geral, enfatiza as relações sociais entre os sexos e permite a apreensão de desigualdades de poder entre homens e mulheres. Além disso, destaca o caráter histórico das diferenças entre os sexos e a construção social da percepção da diferença social. Dentro desta perspectiva de gênero, chama a atenção para a necessidade de rompimento da homogeneização do masculino e do feminino e para a existência de diversidade no interior de cada um desses campos. Incorporam-se às análises de gênero outras dimensões das relações sociais tais como raça, classe e geração (FARAH, jan-abr/2004).

pertence”, exigiram que a mulher fosse tratada pela sociedade e pelas políticas públicas como ser autônomo e não como um ser determinado pela sua função reprodutiva e pelo papel de mãe. Nesse contexto surgiram críticas, por parte do movimento feminista, aos programas verticais de saúde materno-infantil, os quais concebiam a mulher somente enquanto mãe dos futuros filhos da nação, negligenciando os problemas de saúde relacionados às demais fases da sua vida: problemas da adolescência e da menopausa, doenças sexualmente transmissíveis, esterilidade, contracepção, entre outros.

Em seu caminho, as feministas se uniram ao movimento da reforma sanitária pela redefinição, ampliação e democratização dos serviços básicos de saúde e contra as ações que visavam ao controle da natalidade – distribuição de pílulas, esterilização em massa e pesquisas com contraceptivos de alta eficácia em mulheres das classes populares - realizadas por entidades privadas de planejamento familiar e universidades federais, ambas financiadas por capital estrangeiro e apoiadas por setores da sociedade brasileira.

A partir dessas observações, elaboramos a hipótese de que as concepções feministas sobre o corpo e a saúde da mulher em conexão com os pressupostos do movimento da reforma sanitária influenciaram na elaboração do PAISM, uma política pública de saúde da mulher que representou a transição do conceito de saúde materno-infantil para o conceito de saúde integral da mulher, trazendo com uma de suas ações inovadoras a oferta de serviços de contracepção e planejamento familiar.

Para nos auxiliar no processo de análise e comprovação da hipótese, recorreremos a alguns referenciais teóricos como suporte para construção e desenvolvimento de nosso argumento. Sendo assim, articulamos os debates neo-institucionalistas no campo das políticas públicas, com conceitos de história cultural e com referenciais teóricos das análises sobre movimentos sociais.

Refutando generalizações teóricas sobre o Estado, o neo-institucionalismo busca, através da descrição de casos concretos, demonstrar que diferentes processos históricos produzem padrões diferenciados de relação entre Estado e sociedade. Contrapondo-se assim a pontos de vista que defendem a preponderância dos interesses de apenas um dos atores sociais – ou do Estado ou dos grupos de pressão da sociedade civil, por exemplo – no processo de elaboração de políticas públicas.

Atento à fragmentação dos interesses na sociedade, o modelo neo-institucionalista analisa a influência das instituições políticas sobre os grupos sociais e vice-versa, contemplando em suas análises identidades variadas como gênero e raça e as estratégias dos diversos atores sociais no processo de produção das políticas públicas. Segundo esse modelo, os interesses e as estratégias da sociedade civil seriam condicionados pelas instituições governamentais, as regras eleitorais, os partidos políticos e as políticas públicas anteriores (ROCHA, jan-jun 2005).

Além disso, segundo o neo-institucionalismo, é o estudo da história da formação do Estado - e de suas respostas aos desafios internos e externos - que pode nos informar sobre a capacidade de funcionários estatais e de políticos de implementar políticas públicas (ROCHA, jan-jun 2005). O que está em debate, portanto, é o poder e a autonomia das instituições estatais na definição de políticas públicas, o peso da influência da sociedade sobre o Estado e a ligação entre as políticas públicas e as complexas relações Estado-sociedade (MARQUES, 1997) (HALL, TAYLOR, 2003).

Fatores sociais como o confronto de interesses, o embate político-eleitoral e as transformações na esfera do poder são capazes de gerar mudanças profundas no setor de políticas públicas, fazendo surgir novos paradigmas. Ou seja, além de novos instrumentos e metas para a implementação de políticas, surgem novas ideias e padrões que orientam a abordagem da realidade pelos especialistas. Os grupos de interesse vão fazer a ligação entre Estado e sociedade e as ideias vão ter um papel central na elaboração das políticas, legitimando alguns interesses em detrimento de outros.

No quadro de ampliação do conflito de interesses e do embate político-eleitoral durante o processo de redemocratização do país, os grupos que mediavam a relação entre o Estado e a sociedade civil no Brasil do período em questão eram representados por novos e antigos partidos políticos – sobretudo os de oposição - e pelos movimentos sociais que se destacaram a partir do período de distensão política ainda no governo Geisel (1974-1978) e ganharam força a partir da volta do pluripartidarismo e da anistia, em 1979, no governo Figueiredo, auge do processo de abertura política do Brasil.

O movimento da reforma sanitária foi um dos movimentos sociais que se destacaram naquele período. Composto por uma militância que atuava principalmente dentro do aparelho estatal propunha mudanças no modelo de saúde pública brasileiro. Também o movimento feminista, embora organizado em grupos autônomos e

heterogêneos, encontrava-se em parte dentro de instituições públicas e via-se cada vez mais próximo do ambiente institucional com o crescimento da participação dos partidos oposicionistas no governo, em especial após as vitórias eleitorais de 1982.

Em estudo sobre os novos movimentos sociais, Ana Maria Doimo (1995) afirma que a perda da centralidade do velho movimento operário nos países centrais do ocidente cedeu espaço para novos movimentos pautados em reivindicações não materiais, em identidades e na renovação das formas de vida política. Esses novos movimentos sociais não reproduziam o padrão clássico de conflitos de classe, suas contradições eram outras e os conflitos, metapolíticos – mais pautados em valores do que em reivindicações negociáveis. Sua incorporação política não se dava através de reivindicações ao Estado, mas da posição de autonomia em relação a ele (DOIMO, 1995).

No Brasil, esses novos movimentos sociais caracterizavam-se por terem sua origem fora dos canais tradicionais de mediação política e da esfera produtiva, em especial nos espaços de carência econômica. Esses movimentos foram parte do processo de socialização da política que ampliou as possibilidades de surgimento de novos formatos de participação. Eles tinham como marcas comuns o foco em diagnósticos sociais baseados em premissas científicas, metas definidas, e normas visando objetivos táticos e estratégicos (DOIMO, 1995).

Para Doimo (1995), as formas de ação política no Brasil pós-1970 foram caracterizadas por movimentos que atuavam no interior de um campo ético-político marcado por uma sociabilidade comum, pelo senso de pertença a um mesmo espaço compartilhado de relações interpessoais e atributos culturais, como signos de linguagem, códigos de identificação, etc. Essas formas de ação política podem ser consideradas movimentos populares – e não apenas ações diretas fragmentadas – porque compartilhavam uma linguagem comum baseada na crença de que eram um coletivo que não se deixava cooptar, que estava disposto a lutar por seus interesses, era formado por sujeitos autônomos e independentes e tinham como fundamento a democracia e as políticas alternativas por direitos humanos e sociais (DOIMO, 1995).

A literatura sobre os movimentos sociais chama a atenção para um debate recorrente dentro deles: a dualidade entre a atuação dentro das instituições políticas

existentes e a ação direta autônoma. Ao mesmo tempo em que algumas vozes dentro desses movimentos deslegitimavam a autoridade política, outras valorizavam a integração social e o acesso a bens e serviços, sempre com disputas intergrupos e interpelação direta dos oponentes. Seguindo o enfoque institucional dos movimentos sociais, podemos afirmar que as ações desses movimentos não eram anti-Estado. No quadro de alianças e conflitos internos, o Estado era amigo ou inimigo dependendo dos interesses em jogo (DOIMO, 1995) (AVRITZER, fev 2007).

Inseridos entre os novos movimentos sociais, tanto o movimento feminista como o movimento da reforma sanitária, compartilhavam valores e características e também foram marcados pelo embate constante entre uma posição autônoma em relação ao Estado e a busca por direitos e voz dentro do aparelho estatal, como veremos nos capítulos seguintes.

A partir dos pontos de vista teóricos acima debatidos buscamos compreender nosso objeto de estudo, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em articulação com o papel dos atores envolvidos em sua elaboração – movimento sanitarista, Estado e movimento feminista – e com o quadro histórico, institucional e político do Brasil naquele momento. Dentro desse contexto, construiu-se uma proposta de política pública que incorporava novos e velhos paradigmas da saúde da mulher: a tradicional assistência à maternidade somada às propostas de atenção à mulher ligadas ao seu novo papel na sociedade, mais ativo e autônomo e às reivindicações do movimento feminista brasileiro, voltadas para uma sociedade mais justa, igualitária e sem discriminação de gênero.

É importante reforçar que o feminismo, enquanto movimento social, manifestou-se sob uma enorme pluralidade de sentidos e formas no Brasil assim como no restante do mundo, o que revela as mudanças nas identificações feministas conforme o contexto histórico vivido. O termo *feminismo*, neste trabalho, será usado de acordo com a seguinte definição: “[...] o termo *feminismo* indica historicamente conjuntos variados de teorias e práticas centradas em volta da constituição e legitimação dos interesses das mulheres”. Acreditamos que as práticas e os discursos feministas refletiram a importância de seus interlocutores e contribuíram para a evolução dos discursos políticos existentes (ERGAS, 1996).

O conceito de gênero, por sua vez, será útil na medida em que nos ajuda a compreender em que bases ideológicas se deu a entrada de novas atrizes sociais com pautas específicas de reivindicação no cenário político brasileiro: os movimentos de mulheres. Uma das identidades dessas novas atrizes sociais, sobretudo no caso do movimento feminista, foi forjada a partir da chamada “consciência de gênero”, ou seja, da compreensão de que as relações de poder entre homens e mulheres são desiguais e que os papéis, valores e comportamentos atribuídos a ambos consistem em construções elaboradas pelas próprias sociedades. Joan Scott (1991), definindo gênero como a compreensão produzida pelas culturas e pelas sociedades acerca das relações entre homens e mulheres destaca o seu caráter variável de acordo com a cultura, com os grupos sociais e com a época.

Acreditamos, portanto, que as concepções feministas sobre a saúde da mulher em diálogo com as ideias do movimento da reforma sanitária influenciaram a formulação de uma política pública universalista, na qual as ações destinadas para as mulheres baseavam-se na substituição do conceito de saúde materno-infantil pelo conceito mais abrangente de saúde integral da mulher, contido no PAISM. A entrada de novos atores e ideias na política brasileira do período de redemocratização assinalou para um consenso entre grupos que embora tivessem suas divergências, encontraram pontos comuns de diálogo em valores como democracia, universalização de direitos de cidadania e diminuição das desigualdades sociais.

A fim de ampliarmos o olhar sobre esses grupos e suas múltiplas identidades, faremos uso do conceito de cultura política, emprestado na nova história política, uma das vertentes da história cultural. Recusando a predominância do enfoque sócio-econômico, a História Cultural, fruto da renovação historiográfica da década de 1980, privilegia abordagens que ressaltam variáveis políticas e culturais na interpretação dos processos sociais (GOMES, 2005). A História Social da Cultura, como também é chamada, discute as formas pelas quais os critérios culturais modelam os processos sociais, utilizando o conceito de cultura emprestado da antropologia (SOIHET, 2003). Os trabalhos que se norteiam por esse novo modelo historiográfico chamam a atenção para outras dimensões da vida social além daquelas de classe, tais como gênero, gerações, etnias, religiões, as múltiplas identidades, tradições culturais, etc.

Esse novo olhar dos historiadores possibilita mudanças na forma de pensar as relações de dominação, sofisticando a dinâmica política das relações de poder, uma vez que transforma o sentido de um conjunto de comportamentos individuais e coletivos, politizando uma série de ações e introduzindo novos atores como participantes da política, ampliando, assim, o que se entende como ação política (GOMES, 2005). O que vemos, então, é uma renovação da História Política, pensada através de sua articulação com a História Cultural. Categorias como *pensamento*, *imaginário* e *cultura política* surgem ao lado de *ideologia* e *classe social* nos novos estudos dessa disciplina histórica, os quais enfocam crenças e valores individuais e coletivos, considerando-os como orientadores dos comportamentos políticos, indo, portanto, além do campo da política formal (parlamentar ou eleitoral) (GOMES, 2005).

A partir daí, fala-se em *cultura política*, categoria que tem sido testada pelos historiadores em pesquisas que procuram entender de forma menos abstrata o comportamento e os valores políticos de atores individuais e coletivos. A cultura política seria um fenômeno político que se manifesta através de um projeto de sociedade ou Estado, de uma leitura compartilhada de um passado e de um futuro comum e mostra-se essencial para a o entendimento da construção de identidades políticas (GOMES, 2005).

Os conceitos acima mencionados ajudam-nos no entendimento da constituição e da disseminação das idéias relacionadas às desigualdades de gênero e à atenção integral no campo da saúde no Brasil desde o momento em que se amplia o debate no cenário político nacional sobre temas como contracepção e planejamento familiar em fins da década de 1970, até a absorção dessas questões pelas instituições e políticas públicas de saúde do Estado nos anos de 1980.

Buscamos demonstrar que apesar de inúmeras divergências dentro dos grupos e das desconfianças quanto aos interesses presentes nas instituições políticas, a atuação cada vez mais expressiva das feministas e do movimento sanitarista, inclusive dentro dos partidos políticos e do governo, durante o processo de redemocratização, possibilitou a configuração de uma política pública alternativa de planejamento familiar no Brasil, a primeira implantada a nível nacional, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983.

O ideal da consolidação de uma sociedade democrática, naquele momento, tornou possível um consenso entre diferentes setores da oposição ao regime militar e ao neomalthusianismo, apesar da sua diversidade ideológica, na elaboração do PAISM, que no seu desenho original procurava incorporar entre as demandas básicas de saúde da população, aquelas que diziam respeito especificamente às mulheres, entre elas a contracepção.

A partir desse momento institucionaliza-se um novo formato de política pública de saúde da mulher, que apesar das dificuldades que enfrentou nos anos seguintes em seu processo de implementação, tornou-se referência para futuras políticas adotadas neste campo, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004, do governo federal.

Referências bibliográficas

AVRITZER, Leonardo. Um novo paradigma para os movimentos sociais no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.12, n.35, São Paulo, fev. 1997.

BARSTED, Leila Linhares. Em Busca do Tempo Perdido. Mulher e políticas públicas no Brasil 1983-1993. *Estudos Feministas*, ano 2, 2º semestre de 1994, pp.38-54.

BERQUÓ, Elza. Sobre a política de planejamento familiar no Brasil. *Revista Brasileira de Estudos de População*, Abep, Campinas, v.4, n.1, 1987.

CANESQUI, Ana Maria. Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana. Campinas, NEPO-UNICAMP, 1987 (textos NEPO 13).

CORREA, Sonia; JANUZZI, Paulo de Martino; ALVES, José Eustáquio Diniz. Direitos e Saúde Sexual e Reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. Rio de Janeiro, setembro de 2003.

CORREA, Sonia. PAISM: uma história sem fim. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*. Campinas, 10 (1/2), 1993.

COSTA, Ana Maria. Atenção Integral à Saúde das Mulheres: QUO VADIS? Uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das mulheres no Brasil. Brasília, UnB, 2004. Tese de doutorado.

COSTA, Ana Maria e SILVESTRE, Rosa Maria. Uma reflexão sobre poder, mulher e saúde: dilemas para a saúde reprodutiva. In VENTURI, RECAMÀN et ali (orgs). A

mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo, 2004.

COSTA, Ana Maria; BAHIA, Ligia; CONTE, Danielle. A saúde da mulher e o SUS: laços e diversidades no processo de formulação, implantação e avaliação das políticas de saúde para mulheres no Brasil. Saúde em Debate, 2004.

COSTA, Ana Maria. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil. In GIFFIN, Karen e COSTA, Sarah H. (orgs). Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, 1999.

DOIMO, Ana Maria, A vez e a voz do popular: movimentos sociais e participação política no Brasil pós-70. Anpocs/Relume Dumará, Rio de Janeiro, 1995.

DRAIBE, Sonia Maria. “As políticas sociais do regime militar brasileiro: 1964-84”. In SOARES, G. A. D., D’ARAÚJO, M. C. (org). 21 Anos de Regime Militar. Balanços e Perspectivas. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1994.

ERGAS, Yasmine. “O sujeito mulher. O feminismo dos anos 1960-1980”. In DUBY, Georges e PERROT, Michelle. História das Mulheres no Ocidente, São Paulo, Ebradil, 1996.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde. Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

ESTEVES, Flavia C.; MESQUITA, Cecília C. “Duas trajetórias: a memória do movimento feminista no Rio de Janeiro (anos 1970 e 1980)”, Revista Cantareira (UFF, online), n. 7, fev. 2005.

FONSECA SOBRINHO, Delcio da. Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: FNUAP, 1993.

FARAH, Marta F. S. Gênero e políticas públicas. Estudos Feministas, Florianópolis, 12 (1): 360, janeiro-abril/2004.

FREIRE, Maria Martha de Luna. ‘Ser mãe é uma ciência’: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 153-171, jun. 2008.

GOLDBERG, Anette. Feminismo e Autoritarismo: a metamorfose de uma utopia de liberação em ideologia liberalizante. Tese de Mestrado UFRJ, Rio de Janeiro, 1987 (mimeo).

GOMES, Ângela de Castro. História, historiografia e cultura política no Brasil: algumas reflexões. In R. Soihet, M. F. B. Bicalho e M. F. S Gouvêa (orgs.). Culturas políticas: ensaios de história cultural, história política e ensino de história. Rio de Janeiro: Mauad, 2005.

HALL, Peter e TAYLOR, Rosemary C. R. As três versões do neo-institucionalismo. *Lua Nova*, nº 58, 2003.

HARTMANN, Betsy. "Population control: birth of an ideology". *International Journal of Health Services*, 1997a, 27 (3), p.523-540.

MARQUES, Eduardo C. Notas Críticas à Literatura sobre Estado, Políticas Estatais e Atores Políticos. In BIB, Rio de Janeiro, n. 43, 1º semestre de 1997.

MCLAREN, Angus. História da contracepção. Da antiguidade à atualidade. Edição original: Basil Blackwell, 1990. 1ª edição portuguesa: Terramar, 1990.

OSIS, Maria José Martins Duarte. Atenção Integral à Saúde da Mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção. Unicamp, 1994. Dissertação de Mestrado.

PINTO, Céli Regina Jardim. Uma história do feminismo no Brasil. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2003.

PITANGUY, Jaqueline. O Movimento Nacional e Internacional de Saúde e Direitos Reprodutivos. In (Org) GIFFIN, Karen. Questões da Saúde Reprodutiva. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

ROHDEN, Fabíola. A Arte de Enganar a Natureza: contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ROCHA, Carlos Vasconcelos. Neointitucionalismo como modelo de análise para as Políticas Públicas. Algumas observações. *Civitas*, Porto Alegre, v.5, n.1, jan.-jun. 2005, p. 11-28.

ROCHA, Maria Isabel Baltar. O Parlamento e a Questão Demográfica: um estudo do debate sobre controle da natalidade e planejamento familiar no Congresso Nacional. Campinas: Unicamp, Núcleo de Estudos de População, 1993 (Textos Nepo, 25).

SCOTT, Joan. "Gênero: uma categoria útil para análise histórica". Recife, SOS Corpo, 1991.

SOIHET, Rachel. Introdução. M. Abreu e R. Soihet (orgs.). Ensino de História: conceitos, temáticas e metodologia. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2003.

VOSNE, Ana Paula. Visões do Feminino. A medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004.